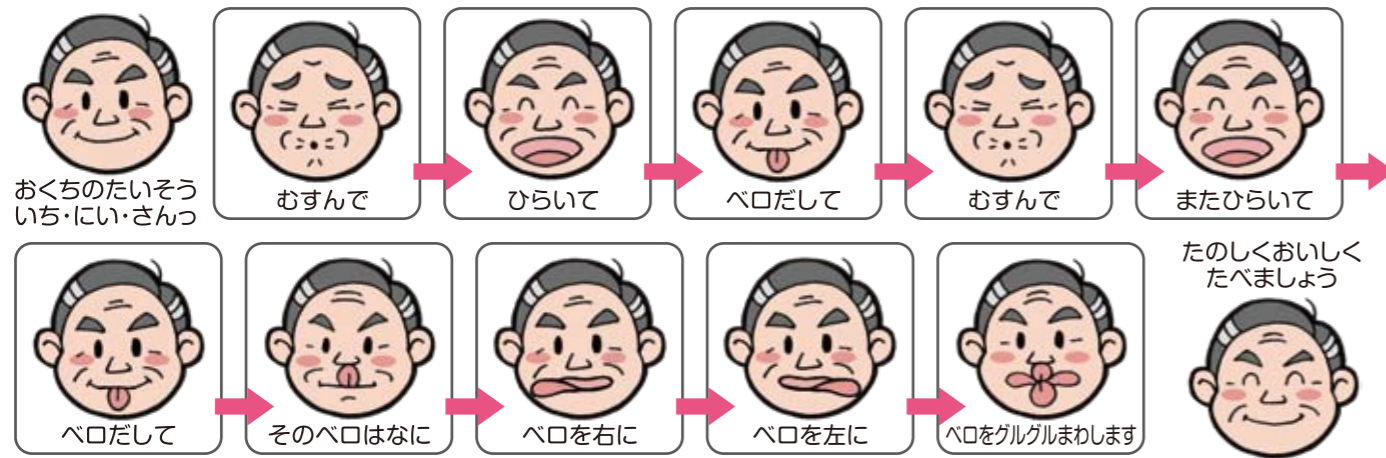


けんこう
健口体操でお口いきいき

けんこうたいそう
健口体操(口唇・舌体操)

むすんでひらいて

楽しくおいしく食べるための準備体操です。この体操をすることで、お口の機能が高まり、だ液がよくでるようになり、舌がなめらかに動いて飲みこみやすくなります。お顔の表情もいきいきしてきます。無理をしないように行いましょう。



大きな口をあけて、顔全体を動かすつもりで、思い切り動かします。
(3回くりかえしましょう。)



だ液腺マッサージの手順

マッサージをする位置を確認してからはじめましょう。
①~③を2~3回くりかえします。



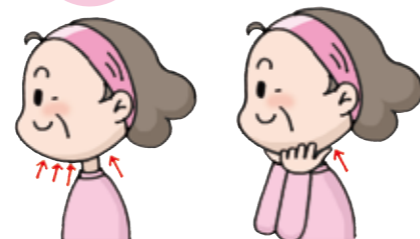
① 耳下腺への刺激

人さし指から小指までの4本の指をほほにあて、上の奥歯のあたりをうしろから前へむかってまわす。(10回)



② 顎下腺への刺激

親指をあごの骨の内側のやわらかい部分にあて、耳の下からあごの下まで5か所くらいを順番に押す。(各5回ずつ)



③ 舌下腺への刺激

両手の親指をそろえ、あごのま下から舌をつきあげるように、ゆっくりグーッと押す。(10回)



健康の入り口 健口から健康へ

お口いきいき診療連携システム



食べ物がおいしくなります

お口の中がさっぱりします

口・頬・舌の筋肉トレーニングになります

歯周病やむし歯を防ぎます

口の中の細菌を減らして肺炎を予防します

口臭を予防します

こんな症状があったら要注意

急に食べなくなった

最近よく発熱する

いつもより元気がない

口の中に異常がある場合があるかもしれません。
こんな時は、通院できない方のためにご自宅・施設・病院等へ
歯科医師、歯科衛生士が訪問いたします。
お気軽にご相談ください。

お口の健康スクリーニングテスト

お口の健康チェック

- 痛いところがある
- 歯ぐきがはれている
- 歯がグラグラする
- 物が良くかめない
- 口臭がする
- 歯がないのに入れ歯を入れていない
- 入れ歯があるのに使っていない
- 口の中が乾く
- 起床時に口の中がネバネバする
- 舌が白くなっている

飲み込みチェック

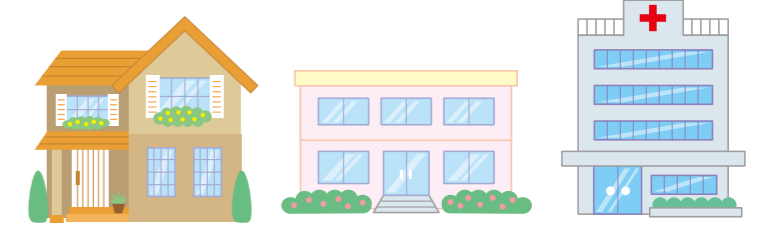
- 食べるのが遅くなった
- 最近よく食べこぼす
- 口の中に食べ物が残る
- 食事中にむせる
- 痰が多い
- 咳が出る
- のどがゴロゴロ鳴る
- 声が変わった
- 風邪以外で熱が出ることがある
- やせてきた

チェックがあった方はお口いきいき診療連携システムの
訪問**歯科**診療・訪問指導を利用しましょう！

「お口いきいき診療連携システム」の流れ

運営(システムの流れ)

要介護者等で口腔内に問題を抱えている方



様式1・2により、本人・家族、ケアマネジャー、施設・病院スタッフ等が電話等でまず連絡し、FAXもしくは持参等により申込みます

※かかりつけ歯科医院や自宅から近い歯科医院、歯科医師会窓口等(別紙参照)へ電話等で連絡し、様式1・2に記載し、FAXもしくは持参等で申し込みます
※状況に応じ、本人・家族、もしくは本人・家族の同意によりケアマネジャー、施設・病院スタッフ等が申し込みます
※様式2については、本人・家族の記入が難しい場合はケアマネジャー、施設・病院スタッフ等が記入し情報提供を行います

歯科医院が日程調整の連絡及び患者様の情報収集を行います

※歯科医院は、本人・家族、ケアマネジャー、施設・病院スタッフ等と連絡をとり、日程調整を併せて必要により情報収集を行います(主治医等へ状況確認)

訪問歯科診療の実施

※訪問歯科診療時には家族もしくはケアマネジャー、施設・病院スタッフ等が必ず同席してください
◎緊急の場合を除き、診療日以外(日曜、祝日等)は行わないことになっています

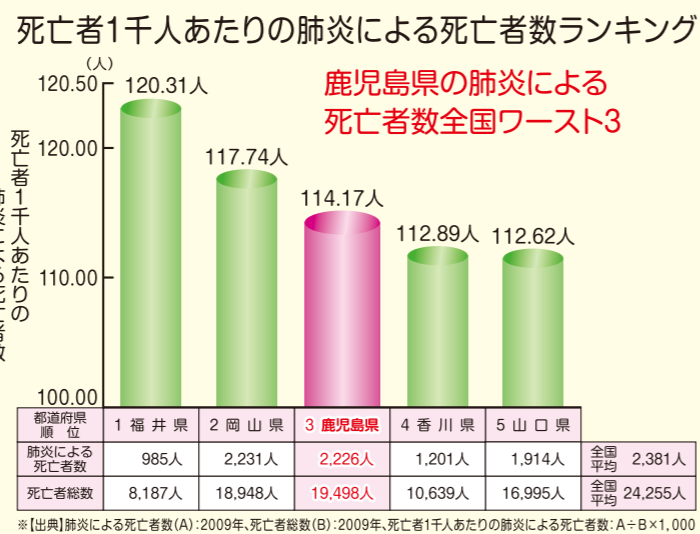
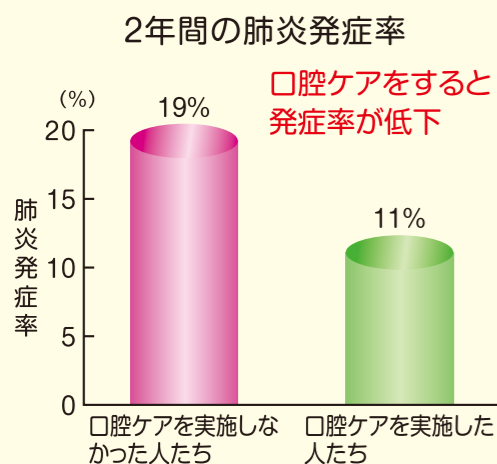
必要に応じて定期的口腔ケア、口腔リハビリの実施

訪問歯科診療の治療費等のめやす

- ※1割負担の患者様のおおよその治療費です。治療費、回数は概算です。
- ※症状、治療内容により前後しますので、詳しくは担当歯科医にお尋ねください。
- ※別途、交通費がかかる場合があります。

治療内容	一部負担金	治療回数
入れ歯の修理や調整 (お口の清掃・口腔ケア管理等) 1回につき	2,000円~6,000円程度	2~5回程度
入れ歯の作製 (お口の清掃・口腔ケア管理等)	8,000円~25,000円程度	5~10回程度
むし歯の治療等 (お口の清掃・口腔ケア管理等) 1回につき	2,000円程度~	1~2回~
歯周病(歯ぐき)の治療等 (お口の清掃・口腔ケア管理等) 1回につき	2,000円程度~	2回~
口腔ケア、摂食・嚥下指導等	2,000円程度~	2回~6回程度/月

平成26年4月現在



高齢者の方々の肺炎はお口の中の細菌が原因となりやすいです。
高齢者の方ほど、肺炎による死亡率が増加します。
毎日のお口のケアで肺炎を予防しましょう。

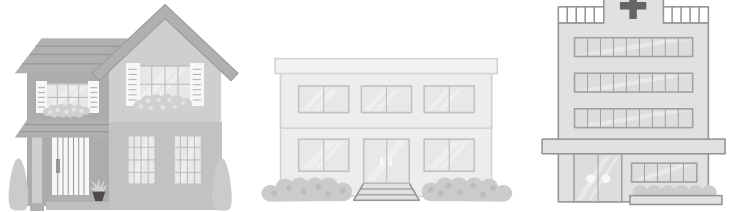
「お口いきいき診療連携システム」運営要領

1. 目的

介護が必要な状況になっても、地域住民が安心して、質の高い歯科保健サービスが受けられる地域を目指すために、関係機関や多職種が連携を図り、口腔に問題を抱える要介護高齢者等を対象として必要に応じ申込み書等の様式を活用して、訪問歯科診療及び口腔ケアを行うことを目的とする。

2. 運営(システムの流れ)

居宅、施設、病院等の寝たきりの要介護高齢者等で口腔内に問題を抱えている方



様式1・2により、本人・家族、ケアマネジャー、施設・病院スタッフ等が電話等でまず連絡し、FAXもしくは持参等により申込む

※かかりつけ歯科医院や自宅から近い歯科医院、歯科医師会窓口等（別紙参照）へ電話等で連絡し、様式1・2に記載し、FAXもしくは持参等により申込む
※状況に応じ、本人・家族、もしくは本人・家族の同意によりケアマネジャー、施設・病院スタッフ等が申込む
※様式2については、本人・家族の記入が難しい場合はケアマネジャー、施設・病院スタッフ等が記入し情報提供を行う

歯科医院が日程調整の連絡及び患者の情報収集を行う

※歯科医院は、本人・家族、ケアマネジャー、施設・病院スタッフ等と連絡をとり、日程調整と併せて必要により情報収集を行う
(主治医等へ患者の状況確認)

訪問歯科診療の実施

※訪問歯科診療を行う場合、歯科医師は様式3で報告を行う
※居宅・居宅扱い施設以外においては、医療保険のみで診療を行う
※訪問歯科診療時には家族もしくはケアマネジャー、施設・病院スタッフ等が同席する
※居宅・居宅扱いの施設においては、医療保険で診療し、介護保険がある場合、管理指導は居宅療養管理指導で行う
◎緊急の場合を除き、診療日以外（日曜、祝日等）は行わない

必要に応じ定期的口腔ケアの実施

3. 様式(要保管)等

- 1) お口いきいき診療連携システム申込み書・・・様式1
- 2) お口いきいき診療連携システム事前調査票・・・様式2
- 3) 訪問歯科診療を行う医療機関からの報告・・・様式3
- 4) お口いきいき診療連携システム申込み先・・・別紙

おいきいき診療連携システム事前調査票

わかる範囲でご記入ください

情報提供者：

(続柄・職種等：)

ふりがな 氏名	年齢： 歳 性別： 男 女						
	生年月日 M・T・S・H 年 月 日						
主病名	発症年月	年 月					
その他既往症							
感染症	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	出血傾向 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
服薬内容	<input type="checkbox"/> 降圧剤・ <input type="checkbox"/> 抗血小板薬等・ <input type="checkbox"/> ビスフォスフォネート製剤等・ <input type="checkbox"/> その他 別紙添付 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない						
アレルギー	<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない						
主介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者・ <input type="checkbox"/> 子ども・ <input type="checkbox"/> その他 ()						
病院・主治医名等	病院名	電話番号： 主治医名等					
かかりつけ薬局	薬局名	電話番号：					
身長・体重・血圧	身長 _____ cm 体重 _____ kg 血圧： _____ / _____ mmHg 脈拍数： _____ 回/分						
意識障害	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	視力障害 <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> ない					
聴力障害	<input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> ない	会話 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 話せない					
麻痺	<input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 右上肢・ <input type="checkbox"/> 左上肢・ <input type="checkbox"/> 右下肢・ <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> ない						
意思疎通	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない						
口腔清掃	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 *介助者 ()						
うがい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 水を含む程度 <input type="checkbox"/> できない						
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻・ <input type="checkbox"/> 胃瘻・ <input type="checkbox"/> その他)						
食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し軟らか <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> すりつぶし <input type="checkbox"/> 流動 <input type="checkbox"/> その他 ()						
嚥下(のみこみ)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> できない	むせ <input type="checkbox"/> よくむせる <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> めったにない					
診療時に予想される行動など	<input type="checkbox"/> 指示が理解できない <input type="checkbox"/> 診療に非協力的である (口を開けないなど) <input type="checkbox"/> 急に動く <input type="checkbox"/> 暴力的になる <input type="checkbox"/> その他 ()						
駐車場	<input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 近くにあり <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> ない						
その他連絡事項							
在宅サービススケジュール (必要に応じ記入)	月	火	水	木	金	土	日

*原則として訪問歯科診療の際、介護者等の立ち合いをお願いします。

受付日：平成 年 月 日 受付者 ()

【 担当 _____ 様 】宛 ← 歯科医院名 _____

【訪問歯科診療について（ 初回・ 最終）ご報告】 ◆報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業所名等： _____ 様 F A X： _____ T E L： _____	発信元：歯科医師 _____ 歯科衛生士 _____ F A X： _____ T E L： _____
---	---

患者名： _____ 様 性別：男・女 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日： _____ 歳

初（再）診日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 診療予定期間：おおよそ _____	訪問頻度： _____ 回／_____
--	---------------------

◆主訴

◆現在の状況 歯の総数 _____ 本 / 28本 (32本)

むし歯 (ある ・ ない)

お口の清掃状況 (不良 ・ 普通 ・ 良好)

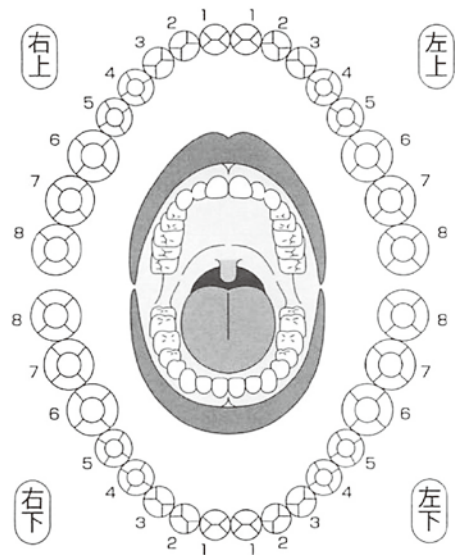
歯肉の状態 (不良 ・ 普通 ・ 良好)

入れ歯の状態 (不良 ・ 普通 ・ 良好)

その他 _____

●摂食嚥下状況 (問題が ある ・ ない)

●口腔機能状況 (問題が ある ・ ない)



◆(必要な)治療内容：(実際の治療に関してはご相談の上、決定いたします) 治療中 治療完了

歯牙処置： むし歯処置 歯根処置 歯周処置 その他 _____

外科処置： 抜歯 粘膜処置 切開 その他 _____

義歯： 調整 修理 (_____) 新しく作製

その他： 口腔乾燥 お口の管理 摂食機能療法 その他 _____

(継続的) 歯科治療の必要性： ある ない

◆(継続的) 口腔ケアの必要性 ある ない

口腔機能・清掃指導 義歯清掃・清掃指導 摂食嚥下機能訓練 その他 _____

◆ケア等の指示 ①口腔保清コントロール ②歯科疾患管理 ③義歯(咀嚼)トレーニング

④口腔機能維持管理 ⑤食形態の検討・指導等 ⑥食介助の検討・指導等 ⑦その他

◆備考欄：(上記 に対する療養・日常生活上の留意点及び指示など・他)

何かございましたら、ご連絡くださいますようお願いいたします